

# 高額介護合算療養費等支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	令和 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	-------	------	-------	-------	--------

※太枠線内のみ記載してください

フリガナ					生年月日			性別			計算期間の始期 及び終期			
氏名														
国民健康保険資格情報														
保険者番号	保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称		加入期間								
150037	上越		世帯主	上越市										
後期高齢者医療資格情報														
保険者番号	被保険者番号		広域連合名称				加入期間							
介護保険資格情報														
保険者番号	被保険者番号		保険者名称				加入期間							
上越市														

公金受取口座を利用する。 ※公金受取口座を登録している方に限ります。 公金受取口座の口座名義人の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※公金受取口座への振込みを希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記入は必要ありません。ただし、双方に記入があった場合には、以下の金融機関の口座への振込みを優先します。

振込口座を指定する。

振込口座 記入欄	銀行 信組 労働 農協	金融機関コード	本店 営業部 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
					1. 普通 2. 当座		口座名義人

保険者 加入歴	保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	
	1	2	3	年	月	日から 日まで	3	年	月	日から 日まで	4	年	月	日から 日まで	

(宛先) 上越市長  
**上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。**  
 **上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。**  
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合チェックしてください。

(申請者) 令和 年 月 日

住 所	
申請者氏名	
個人番号	
電話番号	

**【委任欄】** ※申請者と別の人の口座に振込を希望する場合はご記入ください。  
 高額介護合算療養費の受領を下記の人に委任します。

(委任する人)

氏 名	
-----	--

(委任を受ける人)

住 所	
氏 名	
個人番号	
電話番号	